Designing a Health-Oriented Leadership Framework based on the Theory of Strategic Reference Points

Shima Safar Mohammadluo
PhD in Public Administration, Faculty of Management and Economics, Research and Sciences Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

Leila Sherbaf Olyaei
PhD in Public Administration, Khorasan Regional Electricity Company, Mashhad, Iran

Gholamreza Malekzadeh[1]
Associate Professor Department of Management, Faculty of Economic and Administrative Sciences (FEAS), Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad, Iran

Received: 28 January 2023 Revised: 19 April 2023 Accepted: 1 May 2023

Doi: 10.22067/social.2023.80832.1302

Abstract

The importance of the leaders’ role in promoting the health of employees is so such that in recent years the concept of "health-oriented leadership" has entered scientific discussions. This is applied-developmental research that uses grounded theory and content analysis to design the research framework and the alignment of its strategies based on reference points has been examined, this research aims to design the framework of health-oriented leadership strategies based on the theory of strategic reference points in public companies involved in the electricity industry. In the first stage of research, the grounded theory is used to design a health-oriented leadership model to discover strategies. At this stage, in addition to identifying various dimensions of health-oriented leadership in public companies working in the electricity industry, the underlying strategies and variables as well as the consequences are identified, and a comprehensive and systematic model is presented based on the structure of the paradigm model of Strauss and Corbin (1998). In the second stage, by drawing on the model designed in the first stage and using content analysis approach, in-depth and semi-structured interviews, data reduction was implemented to formulate the framework of strategies based on the theory of strategic reference points. According to the findings, health-oriented leadership strategies were identified in four categories, including measures to manage the

---

1. Corresponding Author, Email: malekzadeh@um.ac.ir

quality of life of employees, occupational measures, management and leadership style, and environmental strategies. Moreover, the results showed that measures to manage the quality of life of employees with leadership based on internal relations, occupational measures with rational leadership, management and leadership style with leadership built on human relations and environmental strategies are aligned with open leadership.

.

Keywords: Health-Oriented Leadership, Strategic Reference Points, Grounded Theory, Qualitative Content Analysis

Doi: 10.22067/social.2023.80832.1302
مقالهٔ پژوهشی

طراحی چهارچوب راهبردی رهبری سلامت‌محور مبتنی بر نظریه نقاط مرجع استراتژیک

شیما صفرمحمدلو (دکتری گروه مدیریت دولتی، واحد علوم و تحقیقات، دانشکده مدیریت و اقتصاد، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران)
shimamohammadluo97@gmail.com

لیلا شعرباف علیایی (دکتری گروه مدیریت دولتی، شرکت برق منطقه‌ای خراسان، مشهد، ایران)
leilaoliaee1392@gmail.com

غلامرضا ملک‌زاده (دانشیار گروه مدیریت، دانشکده علوم اداری و اقتصادی ، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران، نویسندهٔ مسئول)
malekzadeh@um.ac.ir

چکیده

اهمیت نقش رهبران در ارتقای سلامت کارکنان به اندازه‌ای است که در سال‌های اخیر مفهوم «رهبری سلامت‌محور» وارد مباحث علمی شده است. در این پژوهش به طراحی چارچوب راهبردهای رهبری سلامت‌محور مبتنی بر نظریه نقاط مرجع استراتژیک در شرکت‌های دولتی فعال در صنعت برق پرداخته شده و هم‌راستایی راهبردهای آن براساس نقاط مرجع بررسی شده است. این پژوهش ازنظر هدف، کاربردی-توسعه‌ای است که در آن از روش‌های کیفی داده‌بنیاد و تحلیل محتوای کیفی برای طراحی چارچوب استفاده شد. در تحقیق حاضر، ابتدا در مرحله اول از روش نظریه داده‌بنیاد به‌منظور طراحی مدل رهبری سلامت‌محور برای کشف راهبردها استفاده شد. در این مرحله، علاوه بر شناسایی ابعاد مختلف رهبری سلامت‌محور در شرکت‌های دولتی فعال در صنعت برق، راهبردها و متغیرهای مؤثر بر آن و نیز پیامدهای ایجادشده شناسایی شد و مدل جامع و نظام‌مند براساس ساختار مدل پارادایمی استراوس و کوربین (۱۹۹۸) ارائه شد. در مرحله دوم، با بهره‌گیری از مدل طراحی‌شده در مرحله اول و استفاده از رویکرد تحلیل محتوا و مصاحبه عمیق و نیمه‌ساختاریافته به تقلیل داده‌ها برای رسیدن به چارچوب راهبردها، مبتنی بر نظریه نقاط مرجع استراتژیک پرداخته شد. براساس یافته‌های پژوهش،

نشریهٔ علوم اجتماعی دانشگاه فردوسی مشهد، سال بیست‌ویکم، شماره ۱، بهار ۱۴۰۳، شماره پیاپی ۴۷ صص ۶۹-۳۵
تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۱۱/۰۸ تاریخ بازنگری: ۱۴۰۲/۰۱/۳۰ تاریخ تصویب: ۱۴۰۲/۰۲/۱۱

راهبردهای رهبری سلامت‌محور در چهار مقوله شامل اقدامات مدیریت کیفیت زندگی کارکنان، اقدامات شغلی، سبک مدیریت و رهبری و راهبردهای محیطی شناسایی شد. همچنین نتایج نشان داد که اقدامات مدیریت کیفیت زندگی کارکنان با رهبری مبتنی بر روابط داخلی، اقدامات شغلی با رهبری عقلایی، سبک مدیریت و رهبری با رهبری مبتنی بر روابط انسانی، و راهبردهای محیطی با رهبری باز هم‌راستا است.
واژگان کلیدی: رهبری سلامت‌محور، نقاط مرجع استراتژیک، داده‌بنیاد، تحلیل محتوای کیفی

۱. مقدمه

در سازمان‌های امروزی، موضوع سلامت رهبر و پیروان از اهمیت زیادی برخوردار است. یکی از مهم‌ترین جنبه‌های تأثیرگذار بر سلامت در محیط کار، کیفیت و روش رهبری دانسته شده است (جیمنز[1] و همکاران، ۲۰۱۶، ص. ۲۴۳۰). رهبری سازمان نقش مهمی در رفاه و سلامت و رفتار کارکنان دارد (کلاگ[2] و همکاران، ۲۰۲۲، ص. ۲). بسیاری از صاحب‌نظران عرصه مدیریت معتقدند که در سازمان‌های دولتی باید از مدیریت به‌سوی رهبری سلامت‌محور[3] حرکت کرد. رهبران ممکن است به‌طور مستقیم مسائل سلامت پیروان را برطرف کنند یا اینکه رفتار قدردانی، ملاحظه و همدلی از خود نشان دهند؛ به‌عبارتی، رهبران ممکن است از رفتار سلامت‌محور پیروان خود حمایت کرده و آن‌ها را تشویق کنند یا شرایط کاری و رفتاری آن‌ها را بهبود ببخشند؛ برای مثال می‌توان به تأثیرگذاری بر طراحی کار، مداخله در استرس یا الگوبرداری از رفتارهای سلامت‌محور اشاره کرد (برگنزر و همکاران، ۲۰۱۹، ص. ۴؛ شان[4] و همکاران، ۲۰۲۲، ص. ۲). اگرچه نقش رهبری در محیط روانی–اجتماعی کار به‌خوبی پذیرفته شده است، اما دانش کمی درباره تأثیر ویژگی‌ها و رفتارهای رهبری بر سلامت مرتبط با کار وجود دارد (آکرجوردر[5] و همکاران، ۲۰۱۸، ص. ۱۵۰۹). بررسی رفتارهای خاص

1. Jiménez
2. Klug
3. Health Oriented Leadership
4. Shan,
5. Akerjordet

رهبر سلامت‌محور نشان می‌دهد که این رفتارها پیش‌بینی‌کننده قوی‌تری برای رفاه کارکنان در مقایسه با سایر سبک‌های رهبری هستند (کالوزا و همکاران، ۲۰۲۱، ص. ۴۰۵). دانکل و همکاران (۲۰۱۵) به این نکته اشاره کرده‌اند که در پروژه‌های سلامت محیط کار، رهبران با حمایت از برنامه‌ها و سیاست‌ها و متناسب با استراتژی رهبری سلامت‌محور بر سلامت کارکنان تأثیر مثبت می‌گذارند. رهبران نقش مهمی در ایجاد محیطی دارند که در آن کارکنان می‌توانند رشد کرده و سطوح بالایی از رفاه را تجربه کنند (نیلسن[1] و همکاران، ۲۰۰۸، ص. ۴۷۲). این نتایج مثبت را می‌توان با به‌کارگیری رهبری سلامت‌محور به دست آورد؛ فرایندی که در آن رهبران با طراحی محیط کار براساس راهبرد، بر سلامت کارکنان و خودشان تأثیر مثبت می‌گذارند (جیمنز و همکاران، ۲۰۱۷، ص. ۴). رهبران دارای سبک رهبری سلامت‌محور، بر سلامت و رفاه کارکنان خود تأثیر بسزایی دارند (کلاگ و همکاران، ۲۰۲۲، ص. ۱؛ دلو و اریکسون[2]، ۲۰۱۷، ص. ۲؛ فرانک و همکاران ، ۲۰۱۴، ص. ۱۵۸؛ جیمنز و همکاران، ۲۰۱۷، ص. ۲). درحقیقت، آگاهی رهبران از سلامت کارکنان برای اجرای رهبری سلامت‌محور مهم است؛ بدین معنی که رویکرد رهبران و نگرش کلی به سلامت یک عامل کلیدی است (جیمنز و همکاران، ۲۰۱۷، ص. ۶).

مزیت عمده رهبری سلامت‌محور بر سایر سبک‌های رهبری این است که به نشانه‌های عملی خاص سلامت برای ارتقای سلامت پیروان منجر می‌شود (ماریا[3] و همکاران، ۲۰۱۸، ص. ۱۸۹). همچنین، رهبری سلامت‌محور مبتنی بر راهبرد به‌ویژه سلامت کارکنان را بهبود می‌بخشد (فرانک[4] و همکاران، ۲۰۱۴، ص. ۱۵۸؛ جیمنز و همکاران، ۲۰۱۷، ص. ۲)؛ برای مثال، رهبران سلامت‌محور ممکن است درباره موضوعات مرتبط با سلامتی صحبت کنند یا پیروان را به داشتن یک سبک زندگی سلامت‌محور ترغیب کنند؛ بنابراین، به‌طور مستقیم بر

1. Nielsen
2. Dellve & Eriksson
3. Maria
4. Franke

سلامت کارکنان خود تأثیر می‌گذارند (برگنزر[1] و همکاران، ۲۰۱۹، ص. ۲). شواهد نشان می‌دهد که رهبری سلامت‌محور، نقش مهمی در پیامدهای مرتبط با سلامت کارکنان شامل رفتار رعایت ایمنی، رفتار پیشگیرانه ایمنی، استرس، شکایات سلامت، شکایات سلامت جسمانی و سلامت جسمانی ایفا می‌کند (یائو[2] و همکاران، ۲۰۲۱، ص. ۲). همچنین، رهبری سلامت‌محور به ایجاد فرهنگی برای محیط‌های کاری ارتقادهنده سلامت و ارزش‌هایی می‌پردازد که الهام‌بخش و انگیزه‌دهنده کارکنان برای مشارکت در چنین توسعه‌ای است (اریسکون[3] ، ۲۰۱۱، ص. ۸۲). تحقیقات نشان می‌دهد که رهبری سلامت‌محور ممکن است یک راه امیدوارکننده برای ایجاد ظرفیت سازمانی و تاب‌آوری باشد (فورونز[4] و همکاران، ۲۰۱۸، ص. ۴۲۹۳). همچنین ۴۶ درصد از ناکامی های شرکت‌های دولتی زمان انجام تغییر و بهبود سازمانی، به‌دلیل رهبری نادرست است (چمنی‌فرد و نیک‌پور، ۱۳۹۸، ص. ۲۶۹). این در حالی است که مدیران از دانش و آگاهی کمی درباره اقداماتی که موجب ارتقای رفاه محیط‌های کاری می‌شوند، برخوردارند؛ به همین دلیل، نمی‌توانند اقدامات مؤثری برای ارتقای رفاه محیط‌های کاری و کارکنان انجام دهند. نبود شرایط کاری مناسب که بتواند سلامت و رفاه و بهزیستی کارکنان را تأمین کند، باعث نارضایتی و انگیزه نداشتن کارکنان سازمان و رفتارهایی مانند عملکرد ضعیف، غیبت‌های زیاد و ... می‌شود (همتیان و همکاران، ۱۳۹۹، ص. ۳۵۴؛ شکاری و همکاران، ۱۳۹۵، ص. ۷۸). از سوی دیگر، یکی از چالش‌ها و نگرانی‌های اساسی مدیران سازمان‌ها و به‌طور خاص مدیران شرکت‌های دولتی فعال در صنعت برق، چگونگی ایجاد هماهنگی بین نیازهای خارجی (محیطی) و منابع داخلی (سازمانی) به‌منظور بهبود بخشیدن به بهره‌وری سازمان است (رحمتی و همکاران، ۱۳۹۳، ص. ۳). ازآنجاکه محیط خارجی به‌صورت مداوم در حال تغییر است و اغلب نمی‌توان شرایط آینده را پیش‌بینی کرد،

1. Bregenzer
2. Yao
3. Eriksson
4. Furunes

برقراری هماهنگی بسیار مشکل بوده و مستلزم رفع کاستی‌های داخلی و ایجاد قابلیت‌های جدید در طول زمان است. تدوین نقاط مرجع استراتژیک،[1] یکی از روش‌هایی است که می‌تواند هماهنگی استراتژیک را تضمین کند و از قابلیت اجرا نیز برخوردار باشد. نقاط مرجع استراتژیک، نقاطی برای هماهنگی هستند و اگر همه عناصر و سیستم‌های سازمان خود را با آن هماهنگ کنند، یک هماهنگی همه‌جانبه به وجود می‌آید (حسین پور و همکاران، ۱۳۹۳، ص. ۱۳۹). رفتار استراتژیک سازمان‌ها و درنتیجه عملکرد آن‌ها، به‌طور مستقیم از انتخاب گزینه‌هایی برای نقاط مرجع استراتژیک اثر می‌پذیرد. تئوری نقاط مرجع استراتژیک سه بعد زمانی (گذشته، حال، آینده)، داخلی (اهداف و استراتژی ها)، و خارجی (مشتریان، رقبا و ذی‌نفعان) را پیشنهاد می‌کند که خود فهرستی از نقاط مرجع گوناگون را به‌طور همزمان تعیین می‌کنند (حسینی، ۱۳۹۱، ص. ۲۶). طبق نظر برتون[2] و همکاران (۲۰۱۵) در نظریه‌های نوین مدیریت، بهترین روش تصمیم‌گیری وابسته به شرایط، موقعیت و محیط سازمان است. رویکردی که برای یک سازمان اثربخش و مفید است، لزوماً برای سازمان دیگر موثر نخواهد بود. کاربرد رویکرد اقتضائی در مدیریت بسیار گسترده است و از آن به‌منظور طراحی سازمان و ساختار سازمانی، اهداف سازمان، راهبردها و رویکردهای کنترل سازمانی و مباحث مرتبط با فرهنگ استفاده می‌شود. در پژوهش حاضر کوشش شده است الگوی رهبری سلامت‌محور سازمانی، مبتنی بر نظریه نقاط مرجع استراتژیک طراحی شود. به نظر می‌رسد وجود رویکرد راهبردی در رهبری سازمانی در سازمان‌های دولتی ایرانی مغفول مانده است. شواهد نشان می‌دهد که مدیران دولتی در کشور ما، بیش از آنکه رهبرانی الهام‌بخش و بانفوذ باشند، مدیرانی محافظه‌کار و فاقد نگاه بلندمدت در مدیریت هستند. دلیل این امر را می‌توان در نبود تفکر استراتژیک، صلاحیت و شایستگی و مهارت‌های ارتباطی مدیران دانست. مدیران دولتی بایستی همانند مدیران بخش خصوصی درک درستی از عوامل درونی و بیرونی مؤثر بر فعالیت سازمان داشته و سازمان را با پایش این عوامل و گرفتن تصمیمات واقع‌گرایانه پیش برند.

1. Strategic Reference Points
2. Berthon

پرورش رهبرانی توانمند که دارای نگاه استراتژیک و سیستمی به مدیریت سازمان‌ها بوده و بتوانند بهترین تصمیمات را با در نظرگرفتن شرایط محیطی بگیرند، از موضوعات دارای اهمیت در کشور به شمار می‌رود؛ از این رو، ضروری است که الگوهای رهبری که ضمن درنظرگرفتن شرایط بومی سازمان‌های دولتی، رویکرد استراتژیک به موضوع رهبری داشته باشند، تدوین شود.

اگرچه تاکنون تحقیقات متعددی در زمینه رهبری انجام گرفته و هرکدام از آن‌ها رهبری را با رویکردی متفاوت مد نظر قرار داده‌اند، اما تاکنون با رویکرد نظام‌مند و سیستمی به موضوع رهبری سازمانی با تأکید بر نقاط مرجع استراتژیک پرداخته نشده است. به همین دلیل، طراحی مدل رهبری سلامت‌محور، مبتنی بر نظریه نقاط مرجع استراتژیک، به‌منظور پرکردن خلأ تحقیقاتی موجود از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. درواقع نقاط مرجع استراتژیک، نقاط اهرمی در سازمان هستند که با پیدا کردن آن‌ها می‌توان تصمیمات مناسبی در راستای سیاست و راهبردهای رهبری سلامت کارکنان گرفت؛ بنابراین، این پژوهش در پی پاسخ به سؤالات ذیل است:

- مدل پارادایمی رهبری سلامت‌محور در شرکت‌های دولتی فعال در صنعت برق چیست؟
- رهبری سلامت‌محور در شرکت‌های دولتی فعال در صنعت برق دارای چه راهبردهایی هست؟
- چارچوب راهبردهای رهبری سلامت‌محور مبتنی بر نظریه نقاط مرجع استراتژیک درشرکت‌های دولتی فعال در صنعت برق چگونه است؟

۲. مبانی نظری تحقیق

مفهوم «رهبری سلامت‌محور» به‌عنوان ترکیبی از رفتارهای مختلف رهبری با هدف طراحی یک محل کار سلامت‌محور برای کارکنان تعریف می‌شود (جیمنز و همکاران، ۲۰۱۷، ص. ۱).

همچنین، یائو[1] و همکاران (۲۰۲۱) نیز در تحقیق خود اشاره کرده‌اند رهبری سلامت‌محور، شامل رفتارهای کلی رهبر است که سلامت کارکنان را ارتقا می‌دهد (برای مثال، مراقبت فردی)؛ دانکل[2] و همکاران (۲۰۱۵) به تمرکز رهبری سلامت‌محور بر بهبود شرایط سلامت‌محور کار، براساس هفت حوزه زندگی کاری، شامل حجم کار، کنترل، جایزه، جامعه، انصاف و عدالت سازمانی، تناسب ارزشی و آگاهی از سلامت اشاره داشته‌اند. یائو و همکاران (۲۰۲۱) نیز بیان کرده‌اند که رهبری سلامت‌محور بر رهبری شخصی متمرکز است و عملیاتی است که ازسوی مدیران اجرا می‌شود. رهبری سلامت‌محور فقط بر رهبری کارکنان متمرکز نیست؛ رهبری سلامت‌محور از خود فرد به شکل خودمدیریتی آغاز می‌شود. همچنین، رهبرانی که به رهبری سلامت‌محور می‌پردازند، می‌توانند به‌طور مستقیم یا غیرمستقیم بر سلامت کارکنان خود تأثیر بگذارند. تأثیر مستقیم بر سلامت کارکنان می‌تواند شامل رفتارهای رهبری مانند مسئولیت‌پذیری برای بهداشت کارکنان و تشویق کارکنان به شرکت در فعالیت‌های ارتقادهنده سلامت، به‌مثابه تأثیر مستقیم باشد. درباره تأثیرات غیرمستقیم رهبری سلامت‌محور نیز، رهبران می‌توانند با ایجاد شرایط کار مناسب، از سلامت کارکنان حمایت کنند (برگنزر و همکاران، ۲۰۲۰، ص. ۱۲).

رهبری سلامت‌محور یک فرایند چندبعدی است که در آن افراد در چندین سطح اقدام می‌کنند: ۱. توسعه اهداف ارتقای سلامت و استراتژی‌های اقدام برای بهبود سلامت محیط؛ ۲. اجرای استراتژی‌های عملی برای دست‌یابی به اهداف سلامت محیط؛ ۳. اقدامات سازمانی که مشارکت جمعی و تعهد به کوشش‌های مداوم ارتقای سلامت را تقویت می‌کند؛ ۴. توسعه فرهنگ یادگیری که اقدامات به‌روز ارتقای سلامت و تعامل مؤثر جامعه با سازمان را ایجاد کند (بارت[3] و همکاران، ۲۰۰۵، ص. ۱۹۷).

یافته‌های دانکل و همکاران (۲۰۱۵) نشان می‌دهد که رهبری سلامت‌محور و رهبری تحول‌آفرین به‌عنوان سبک‌های رهبری در نظر گرفته می‌شوند که هدف آن‌ها تقویت رفتارهای

1. Yao
2. Dunkl
3. Barrett

مثبت مرتبط با کار و همچنین کاهش استرس و خطر فرسودگی شغلی است. مفهوم رهبری سلامت‌محور ترکیبی از رفتارهای مختلف رهبری به‌جای یک سبک رهبری واحد است (جیمنز و همکاران، ۲۰۱۷، ص. ۱). براساس دیدگاه دلو و اریکسون (۲۰۱۷)، رهبری تحول‌آفرین، خدمت‌گزار، مشارکتی و توسعه‌ای، جهت‌گیری‌های رهبری ارتقادهنده سلامت هستند که رفاه در یک سازمان را آسان و حمایت می‌کند. رهبری سلامت‌محور، به‌عنوان ترکیبی از رفتارهای مختلف رهبری با هدف طراحی یک محل کار سلامت محور برای کارکنان تعریف می‌شود (جیمنز و همکاران، ۲۰۱۷، ص. ۲). رهبری سلامت‌محور در تحقیقات محدودی بررسی شده است. یافته‌های شان و همکاران (۲۰۲۲) نشان داد که رهبری سلامت‌محور، ازطریق حجم کاری، تأثیر غیرمستقیم بر حضور پرستاران در محیط کار دارد و حجم کار به‌عنوان یک میانجی عمل می‌کند. همچنین، نتایج مطالعه لیو[1] و همکاران (۲۰۲۲)، نشان داد که رهبری سلامت‌محور تأثیر مثبتی بر سلامت و مشارکت کارکنان در محیط کار دارد. یافته‌های پژوهش لارل[2] و همکاران (۲۰۲۱) نیز نشان‌دهنده آن است که رهبری سلامت‌محور می‌تواند در دوره همه‌گیری بیماری کووید-۱۹ آثار ارزشمندی در محیط کار و برای حفظ سلامت کارکنان داشته باشد.

نتایج تحقیق برگنزر و همکاران (۲۰۲۰) نیز نشان داد که رفتارهای رهبری سلامت‌محور، تأثیر مستقیم بر رضایت شغلی کارکنان و تأثیر غیرمستقیم بر قصد گردش کاری ازطریق رضایت شغلی دارد. نتایج پژوهش ماریا و همکاران (۲۰۱۸) نشان می‌دهد که رهبری سلامت‌محور رابطه منفی با سطوح فرسودگی شغلی، افسردگی و شکایات جسمانی افسران پلیس دارد و با وضعیت بهزیستی آن‌ها رابطه مثبت دارد.

همچنین براساس یافته‌های فورونز و همکاران (۲۰۱۸)، یک محیط کاری ارتقادهنده سلامت باید استقلال، مشارکت در تصمیم‌گیری، توسعه مهارت‌ها و حمایت اجتماعی را فراهم کند و رهبران سلامت‌محور باید در این زمینه مراقب باشند و اقدام کنند. همچنین، یافته‌های مطالعه

1. Liu
2. Laurel

جیمنز و همکاران (۲۰۱۷) نشان داد که رهبری سلامت‌محور، تأثیر مستقیم قوی بر منابع کارکنان و تأثیر غیرمستقیم بر استرس و فرسودگی شغلی دارد که با واسطه منابع انجام می‌شود. در تحقیق اسکارهولد[1] و همکاران (۲۰۱۶) نیز، برخی از ویژگی‌های عمومی رهبری سلامت‌محور شناسایی شده‌اند که شامل ویژگی‌های عمل‌گرا، دردسترس، پشتیبان، فراگیر و مردم‌سالار هستند. همچنین، در تحقیق جیمنز و همکاران (۲۰۱۶)، مفهومی از رهبری سلامت‌محور ارائه شده است که بر تعامل بین محیط کار و رفتار رهبری متمرکز است. در این تحقیق هفت جنبه اصلی، رهبری ارتقادهنده سلامت را تعریف می‌کنند: آگاهی از سلامت؛ حجم کار؛ کنترل؛ پاداش؛ جامعه؛ انصاف و ارزش‌ها. در پژوهش فرانکه و همکاران (۲۰۱۴) نیز، مفهوم و معیار جدیدی برای رهبری سلامت‌محور[2] معرفی می‌شود. این مفهوم جهت‌گیری خاص سلامت رهبران به پیروان[3]، برای مثال، رفتار سلامتی، آگاهی از سلامت و ارزش سلامت و ویژگی‌های خاص سلامتی پیروان نسبت به خود[4] را ترکیب می‌کند. درنهایت، براساس یافته‌های تحقیق رشیدی (۱۳۹۸)، تأثیرگذاری رهبری ارتقادهنده سلامت (سلامت‌محور) بر قصد ماندن کارکنان تأیید شد.

براساس جمع‌بندی مبانی نظری و تحقیقات پیشین، اگرچه تاکنون در زمینه رهبری، تحقیقات زیادی انجام شده و محققان این پدیده سازمانی را مدنظر قرار داده‌اند، اما موضوع رهبری سلامت‌محور، به‌ویژه در تحقیقات داخلی موضوع جدیدی است که تاکنون محققان آن را کمتر مد نظر قرار داده‌اند. بررسی رهبری سازمانی از رویکرد سلامت‌محور، می‌تواند چارچوبی سیستمی و جامع ارائه دهد و به نوعی نظریه‌های موجود در زمینه رهبری سازمانی را در قالبی جدید قرار دهد؛ بنابراین، تحقیق حاضر به‌دنبال پرکردن شکاف تحقیقاتی در زمینه رهبری سلامت‌محور در تحقیقات است. ازطرفی، این تحقیق به‌دنبال آن است که با در نظر گرفتن جنبه‌های بومی در شرکت‌های دولتی، چارچوبی مطلوب و کاربردی برای رهبری سلامت‌محور

---

1. Skarholt
2. Health-Oriented Leadership (HOL)
3. Staff Care
4. Self Care

ارائه دهد. براساس پژوهش حسین‌پور و همکاران (۱۳۹۳)، تدوین نقاط مرجع استراتژیک نیز می‌تواند همه عناصر و سیستم‌های سازمان خود را با آن هماهنگ کند و یک هماهنگی همه‌جانبه به وجود می‌آورد. این نقاط هدف یا الگوهای شاخصی است که تصمیم‌گیرندگان سازمانی برای ارزیابی راه‌ها یا گزینه‌های خود به کار می‌برند تا بتوانند با آن، تصمیم‌های راهبردی بگیرند و اولویت‌های کل سیستم را به آگاهی گروه‌های ذی‌نفع اصلی برسانند (بامبرگر و مشولم، ۱۳۹۴، ص. ۵۰). مدیران ارشد سازمان، با تعیین اولویت‌ها و جهت‌گیری‌های کلی سازمان، آگاهانه یا ناآگاهانه توجه کارکنان را به‌سمت اهداف و مقاصد خاصی معطوف کرده و به این شکل، نقاط مرجع استراتژیک را تعریف می‌کنند (ابطحی و همکاران، ۱۳۹۴، ص. ۷۰). در ادامه، تعدادی از تحقیقات داخلی و خارجی مربوط به موضوع تحقیق ارائه شده است.

آرین قلی‌پور (۱۳۹۵) در مقاله «مدیریت ریسک منابع انسانی: رویکرد آمیخته»، با استفاده از نظریه نقاط مرجع استراتژیک در نتایج گام‌های تحلیل و سنجش نشان داد که ریسک‌های عملیاتی منابع انسانی دارای بیشترین مجموعه تأثیرگذاری و تأثیرپذیری در شبکه ارتباط متقابل میان ریسک‌ها بوده و در مقایسه با سایر حوزه‌های اصلی، ریسک‌های منابع انسانی از بالاترین اولویت برای مواجهه برخوردار است. صفری و بهرامی‌کیا (۱۳۹۴) در مقاله «شناسایی استراتژی منابع انسانی با استفاده از نظریه نقاط مرجع استراتژیک» برای شرکت‌های پیمانکاری خدماتی، مانند شرکت پالایش گاز پارسیان، براساس مدل نگرش یکپارچه بامبرگر و مشولم به این مهم دست یافته است که استراتژی مناسب در هر سه زیرسیستم، استراتژی ثانویه است و براساس مدل توسعه‌یافته تدوین استراتژی، با توجه به ماهیت کار پیمانکاران خدماتی، استراتژی پیمانکارانه ساده واگذاری مناسب است. همچنین براساس جدول میانگین رتبه‌ها با توجه به آزمون فریدمن، زیرسیستم ارزیابی عملکرد و پاداش، بالاترین امتیاز و زیرسیستم روابط با کارکنان دارای کمترین امتیاز است.

آقاحسینی (۱۳۹۲) در مقاله تدوین استراتژی‌های منابع انسانی براساس مدل بامبرگر و مشولم مرکز آموزشی، پژوهشی و درمانی امام حسین (ع) شاهرود نشان می‌دهد که استراتژی مناسب برای مشاغل مدیریتی، اصلی و خدماتی در بندر امیرآباد، استراتژی متعهدانه و استراتژی مناسب برای مشاغل خدماتی، استراتژی ثانویه است. استراتژی‌ای که برای مشاغل خدماتی بندر امیرآباد مناسب است ساده، تکراری و استانداردپذیر است. نیروی کار مورد نیاز برای استراتژی ثانویه به میزان کافی در بازار کار بیرون از شرکت موجود است و نیازی به پرورش و نگه‌داری این کارکنان وجود ندارد. همچنین موسی‌خانی (۱۳۹۲) در مقاله شناسایی استراتژی‌های منابع انسانی با رویکرد SRP نشان داد درباره اعضای هیئت علمی، استراتژی پیمانکارانه و درباره کارکنان غیرهیئت علمی (کارمندان، آموزشی، پژوهشی و اداری، مالی)، استراتژی پیمانکارانه با تمایل به استراتژی ثانویه، استراتژی برتر و مناسب‌تری است. میهایی و همکاران (۲۰۱۷) و یاماک[1] و همکاران (۲۰۱۸) نشان دادند که هیچ رابطه آماری معناداری بین سبک‌های رهبری و سایر متغیرهای جمعیت‌شناختی مانند جنس، سطح مدیریت، سطح تحصیلات و تجربه کار وجود ندارد. همان‌طور که مشاهده شد، در کاربرد ماتریس، نقاط مرجع استراتژیک باید به چهار مشخصه که تأثیر قابل توجهی بر رهبری سلامت‌محور شرکت دارند توجه کرد: محتوا (نقاط مرجع استراتژیک باید هم‌راستا با چشم انداز و مأموریت سازمان و سایر عناصر باشند.)؛ شکل (ابعاد چندگانه ماتریس نقاط مرجع استراتژیک باید هماهنگ و مکمل یکدیگر باشند.)؛ تغییر (نقاط مرجع استراتژیک در طول زمان ثابت نیست؛ بنابراین، باید جنبه‌های پویای آن را در نظر گرفت)؛ اجماع (تیم مدیران شرکت باید بر ابعاد نقاط مرجع استراتژیک اجماع داشته باشند) (ابطحی و همکاران، ۱۳۹۴، ص. ۷۴).

جمع‌بندی مبانی نظری و تحقیقات پیشین نشان می‌دهد که موضوع رهبری سلامت‌محور، به‌ویژه در تحقیقات داخلی موضوع جدیدی است که براساس بررسی‌های محقق، تاکنون محققان آن را کمتر مد نظر قرار داده‌اند و درباره ارائه الگوهای کاربردی در این زمینه شکاف

1. Yamak

تحقیقاتی وجود دارد. بررسی رهبری سازمانی از رویکرد سلامت‌محور، می‌تواند چارچوبی سیستمی و جامع ارائه دهد و به نوعی نظریه‌های موجود در زمینه رهبری سازمانی را در قالبی جدید قرار دهد؛ بنابراین، تحقیق حاضر به‌دنبال پرکردن شکاف تحقیقاتی در زمینه رهبری سلامت‌محور در تحقیقات است.

۳. روش تحقیق

این پژوهش با هدف طراحی چهارچوب راهبردی رهبری سلامت‌محور مبتنی بر نظریه نقاط مرجع استراتژیک در شرکت‌های دولتی فعال در صنعت برق انجام شد. تحقیق حاضر ازنظر هدف از نوع کاربردی-توسعه‌ای است؛ با توجه اینکه نتایج تحقیق برای مدیران و سیاست‌گذاران در شرکت‌های دولتی فعال در صنعت برق، برای ارتقای سلامت رهبران و پیروان قابل استفاده است، از نوع تحقیقات کاربردی است. همچنین، به این دلیل که این تحقیق به‌دنبال توسعه نظریه‌های رهبری با گنجاندن مفاهیم سلامت جسمی و روانی پیروان و رهبران است، از نوع تحقیقات توسعه‌ای است (قاسمی، ۱۴۰۰، ص. ۴۰۰). افزون بر آن، با توجه به اینکه رهبری سلامت‌محور از نظریه‌های جدید در زمینه رهبری است و آگاهی و شناخت محدودی درباره ابعاد مختلف آن وجود دارد، این تحقیق در زمره تحقیقات اکتشافی است.

روش تحقیق حاضر کیفی است. این روش از سنت فلسفی تفسیری ریشه می‌گیرد که معتقد است افراد به‌طور فعال دنیای پیرامون خود را تفسیر می‌کنند. برمبنای این دیدگاه، رفتارهای افراد را ازطریق متغیرهای مختلف و ازطریق تفسیر و شناخت آن‌ها از وقایع و تجربیات دنیای پیرامون آن‌ها می‌توان شناخت. در تحقیق حاضر، ابتدا در مرحله اول از روش نظریه داده‌بنیاد، به‌منظور طراحی مدل رهبری سلامت‌محور برای کشف راهبردها استفاده شد. در این مرحله، افزون بر شناسایی ابعاد مختلف رهبری سلامت‌محور در شرکت‌های دولتی فعال در صنعت برق، راهبردها و متغیرهای مؤثر بر آن و نیز پیامدهای ایجادشده شناسایی شد و مدل جامع و نظام‌مند، براساس ساختار مدل پارادایمی استراوس و کوربین (۱۹۹۸) ارائه شد.

در مرحله دوم، با بهره‌گیری از مدل طراحی‌شده در مرحله اول و استفاده از رویکرد تحلیل محتوا و مصاحبه عمیق و نیمه‌ساختاریافته به تقلیل داده‌ها، برای رسیدن به چارچوب راهبردهای مبتنی بر نظریه نقاط مرجع استراتژیک پرداخته شد. دو گونه متفاوت تحلیل محتوای کمی و کیفی شکل گرفته و بسط یافته‌اند (تبریزی، ۱۳۹۳، ص. ۱۱۳). اختلاف بر سر کمی یا کیفی بودن، یکی از مهم‌ترین بحث‌ها در تحلیل محتواست و منابع متعددی به نوع کیفی بودن آن اشاره دارند (قاسمی، ۱۴۰۰، ص. ۲۷۷). تحقیق کمی معمولاً تحقیقی قیاسی دانسته می‌شود؛ فرایندی که از نظریه‌ها، آغاز و به آزمون فرضیه با رجوع به داده‌ها منجر می‌شود. حال‌آنکه تحلیل محتوای کیفی، بیشتر استقرایی شمرده می‌شود که با مراجعه مستقیم به داده‌ها می‌کوشد به نوعی جمع‌بندی نظری از آن‌ها دست پیدا کند. تمایز اخیر، تمایزی کامل و معتبر نیست و تحلیل محتوای کیفی نیز می‌تواند از قیاس، بهره گیرد و با آن پیوند خورد (تبریزی، ۱۳۹۳، ص. ۱۱۶). در این پژوهش، از رویکرد تحلیل محتوای کیفی قیاسی بهره‌گیری شده است.

درواقع تحلیل محتوا یک روش‌شناسی تحقیق است که کلمات و عبارات در یک متن را بررسی می‌کند. در تحلیل محتوا، محقق تکرار و وقوع، معنی و ارتباط کلمات و مفاهیم را معلوم کرده و سپس پیام‌های موجود در متن و پیام‌های نویسنده، مخاطبان و حتی فرهنگ و زبانی را که کلمات و مفاهیم، بخشی از آن‌ها هستند، استنتاج می‌کند. محقق در روند تحلیل، با تعیین طبقات، به شمارش تعداد مصادیق یا مثال‌هایی که در هر طبقه جای می‌گیرد، می‌پردازد. از ملازمات بااهمیت در تحلیل محتوا آن است که طبقات به‌قدر کافی دقیق و جامع هستند که کدگذاران مختلف با اطلاعات و داده‌های مشابه به نتایج مشابه دست پیدا می‌کنند؛ بنابراین، توجه خاص به مسئله پایایی و اطمینان از اینکه محققان مختلف از طبقات، به‌طریق مشابه استفاده کنند و دقت در روایی یافته‌ها که همانا شمارش دقیق کلمات استفاده شده است، اهمیت پیدا می‌کند. در این رویکرد طبقه‌بندی تحلیلی اصلی باید شناسایی شود. در این روش تحلیل، مفاهیم کلیدی در سؤالات مصاحبه کدهای اصلی را تشکیل می‌دهد (خلج‌آبادی و همکاران، ۲۰۱۳، ص. ۵۲).

در تحقیق حاضر در هر دو مرحله بیان‌شده، از مصاحبه نیمه‌ساختاریافته و عمیق برای جمع‌آوری اطلاعات استفاده شد و فرایند انجام مصاحبه تا رسیدن به اشباع نظری، ادامه یافت. مشارکت‌کنندگان در این مرحله، خبرگان دانشگاهی و اجرایی در شرکت‌های دولتی فعال در صنعت برق بودند که به‌صورت هدفمند انتخاب شدند. شرایط انتخاب خبرگان دانشگاهی شامل داشتن مدرک دکتری در یکی از گرایش‌های مدیریت یا رشته‌های مرتبط و سابقه فعالیت پژوهشی درباره مباحث رهبری سازمانی بود. همچنین، شرایط انتخاب خبرگان اجرایی شامل حداقل پنج سال سابقه در پست‌های مدیریتی، آشنایی با ادبیات رهبری سازمانی و دارا بودن حداقل مدرک کارشناسی ارشد بود. به این ترتیب با ۱۰ نفر از خبرگان دانشگاهی و همچنین ۱۴ نفر از مدیران شرکت‌های دولتی فعال در صنعت برق مصاحبه شد.

در این تحقیق براساس دیدگاه مریام (۲۰۰۹)، برای روایی درونی از دو روش کثرت‌گرایی و بررسی توسط اعضا استفاده شد. در روش کثرت‌گرایی[1] از چند منبع داده یا چند روش برای تأیید داده‌های در حال ظهور استفاده می‌شود. همچنین در روش بررسی توسط اعضا[2] از پاسخ‌دهندگان درخواست می‌شود تا به پرسش میزان مورد قبول بودن نتایج، پاسخ دهند. در این تحقیق برای تأیید روایی یافته‌های کیفی با استفاده از روش نظریه داده‌بنیاد از چهار نفر از خبرگان مشارکت‌کننده نظرخواهی شد و آن‌ها یافته‌ها را با تغییراتی تأیید کردند. معیار قابلیت اعتماد یا پایایی به ثبات داده‌ها در طول زمان و در شرایط متفاوت اطلاق می‌شود. پایایی مصاحبه‌ها بسیار تحت تأثیر فرایند کدگذاری است و درصد بالای توافق یا عدم توافق در کدگذاری به‌ترتیب نشان‌دهنده کم یا زیاد بودن پایایی مصاحبه است. به‌منظور بررسی قابلیت اعتماد نتایج پژوهش حاضر، از ضریب توافق درصدی[3] یا سنجش رابطه خام[4] که همخوانی بسیاری با روش سنجش

1. Triangulation
2. Member checks
3. Raw Percent Agreement
4. Crude Association

پایایی بازآزمایی یا آزمون- آزمون مجدد[1] (در پژوهش‌های کمی) دارد، براساس فرمول زیر استفاده شد:

$$PAO=2M/(n_1+n_2)$$ رابطه ۱

PAO[2] درصد توافق مشاهده‌شده (ضریب پایایی)

M تعداد توافق در دو مرحله کدگذاری

n_1 تعداد واحدهای کدگذاری‌شده در مرحله اول

n_2 تعداد واحدهای کدگذاری‌شده در مرحله دوم

به‌منظور محاسبه پایایی، از بین مصاحبه‌های انجام‌شده، چهار مصاحبه انتخاب شد و محقق برای هرکدام در فاصله زمانی چهارده روز دو بار، کدگذاری انجام داد. سپس کدهای تعیین‌شده برای هر مصاحبه یک به یک با هم مقایسه شدند. در هر مصاحبه، کدهای مشابه به‌عنوان «توافق» و کدهای غیرمشابه به‌عنوان «عدم توافق» تعیین شد. قابلیت اعتماد یا پایایی یافته‌های پژوهش در جدول (۱) قابل مشاهده است.

جدول ۱. قابلیت اعتماد یا پایایی نتایج پژوهش

مصاحبه	تعداد کدهای مرحله اول	تعداد کدهای مرحله دوم	تعداد توافقات	تعداد عدم توافقات	درصد پایایی
۱	۳۴	۳۸	۳۴	۴	۰/۹۴
۲	۲۸	۳۱	۲۸	۳	۰/۹۴
۳	۲۵	۲۷	۲۵	۲	۰/۹۶
۴	۲۶	۳۰	۲۶	۴	۰/۹۲
کل	۲۸/۲۵	۳۱/۵	۲۸/۲۵	۳/۲۵	۰/۹۴

1. Test-Retest method
2. Percentage of Agreement Observation (POA)

همان‌طور که در جدول (۱) ملاحظه می‌شود، میانگین کدها در مرحله اول ۲۸/۲۵، میانگین کدها در مرحله دوم ۳۱/۵، میانگین توافقات ۲۸/۲۵، میانگین عدم توافقات ۳/۲۵ و پایایی کل ۹۴ درصد است که با توجه به اینکه بالاتر از ۰/۷ درصد است، پژوهش از قابلیت اعتماد بالایی برخوردار است.

محقر و صادقی مقدم (۱۳۹۰)، در پژوهش خود، به تبعیت از فلینت و همکاران برای ارزیابی قابل اتکا بودن داده‌ها و تفسیرها، ترکیبی از معیارهای استفاده‌شده در ارزیابی تحقیقات تفسیری و تحقیقات برخاسته از داده را استفاده کرده‌اند که در این تحقیق، این معیارها برای سنجش کفایت فرایند تحقیق، به کار گرفته شده است. بر این اساس، معیارهای مربوط به پژوهش‌های تفسیری شامل اعتمادپذیری، انتقال‌پذیری، اتکاپذیری، تصدیق‌پذیری و راستی و معیارهای نظریه داده‌بنیاد شامل تطابق، فهم‌پذیری، عمومیت و کنترل‌پذیری هستند. کفایت فرایند تحقیق براساس معیارهای مذکور در جدول (۲) بررسی شده است (محقر و صادقی‌مقدم، ۱۳۹۰، ص. ۳۸).

جدول ۲. سنجش کفایت فرایند تحقیق

معیار	مفهوم معیار	توضیحات
تطابق	میزانی که نشان می‌دهد یافته‌ها با ساختار ذهنی افراد نسبت به پدیده تحت بررسی تطبیق دارد.	پس از نهایی شدن یافته‌های کدگذاری و برای تعیین روابط بین اجزای مدل تحقیق، از تعدادی از مشارکت‌کنندگان نظرخواهی شد تا آن‌ها یافته‌ها را با نظرات و ذهنیت خود تطبیق دهند. همچنین در حین انجام مصاحبه‌ها، کوشش شد که نظرات و دیدگاه‌های مصاحبه‌شوندگان به‌صورت ملموس و با بیان مصداق مطرح شود.
فهم‌پذیری	میزانی که نشان می‌دهد نتایج به‌دست‌آمده از تحقیق تا چه حد نماینده‌ای از دنیای واقعی مصاحبه‌شوندگان است.	با توجه به اینکه در مصاحبه‌ها بر بیان تجربیات و وقایع ملموس تمرکز شده است، نتایج به‌دست‌آمده با دنیای واقعی مصاحبه‌شوندگان تطابق دارد. همچنین، کوشش شد در مواردی که درباره محتوای مطرح‌شده

معیار	مفهوم معیار	توضیحات
		ازسوی خبرگان ابهام وجود داشت، با مراجعه دوباره به آن‌ها، مطلب مد نظر آن‌ها شفاف شود.
عمومیت	میزانی که نشان می‌دهد یافته‌ها، ابعاد مختلف پدیده تحت بررسی را در خود جای داده است.	انجام مصاحبه با ۲۴ خبره دانشگاهی و اجرایی باعث شد تا امکان شناسایی ابعاد و متغیرهای مختلف رهبری سلامت‌محور از دیدگاه‌ها و جوانب مختلف فراهم شود.
کنترل‌پذیری	میزانی که نشان می‌دهد تا چه حد بر ابعاد قابل کنترل پدیده تحت بررسی تمرکز شده است.	با توجه به اینکه خبرگان مشارکت‌کننده بیشتر بر بیان تجربیات و مصداق‌های عینی تمرکز کردند، یافته‌های حاصل بر ابعاد قابل کنترل پدیده تمرکز داشت.
اعتمادپذیری	میزانی که نشان می‌دهد نتایج به‌دست‌آمده از تحقیق تا چه حد نماینده داده‌های تحقیق است.	در فرایند تحقق یافته‌ها، کوشش شد تا حد امکان بر یادداشت‌برداری کامل مصاحبه‌ها و مرور چندباره آن‌ها برای اطمینان از قلم نیفتادن داده‌ها تمرکز شود. همچنین، در طول فرایند تفسیر یافته‌ها و شکل دادن به ابعاد و مقوله‌ها، از خبرگان نظرخواهی شد.
انتقال‌پذیری	میزانی که قابلیت به‌کارگیری یافته‌های تحقیق را در موقعیت‌های مشابه دیگر نشان می‌دهد.	با توجه به اینکه یافته‌های تحقیق، حاصل مصاحبه با ۲۴ نفر از خبرگان با تخصص‌ها و سوابق مختلف است و نیز مبتنی بر تجربیات آن‌ها است، قابل انتقال است. درضمن، یافته‌ها، حاصل داده‌هایی است که از بستر پدیده تحت بررسی استخراج شده است.
اتکاپذیری	میزانی که منحصر بودن یافته‌ها به زمان و مکان را نشان می‌دهد (ثابت بودن و پایداری در تبیین‌های صورت‌گرفته)	اینکه برای دست‌یابی به یافته‌ها، از خبرگانی که با پدیده تحت بررسی آشنایی داشتند و در بستر آن فعالیت داشتند و همچنین دارای تجارب و دانش متفاوتی بودند، نظرخواهی به عمل آمد، اتکاپذیری را تأیید می‌کند.
تصدیق‌پذیری	میزانی که نشان می‌دهد تا چه حد تفسیرهای صورت گرفته، برآمده از مصاحبه‌شوندگان است و تحت تأثیر سوگیری محقق نبوده است.	نظرخواهی از تعدادی از مصاحبه‌شوندگان درباره یافته‌های تحقیق و نیز مرور چندباره یادداشت و مصاحبه‌های انجام‌شده تا حدود بسیار زیادی، تأثیر نظرات محقق را به حداقل رسانده است.

معیار	مفهوم معیار	توضیحات
راستی	میزانی که نشان می‌دهد تفسیرها تحت تأثیر اطلاعات نادرست یا طفره رفتن مصاحبه‌شوندگان قرار نگرفته است.	محقق برای رفع نگرانی خبرگان کوشید که مصاحبه‌ها به‌صورت باز و در فضایی صمیمی انجام شود. همچنین، این اطمینان برای مصاحبه‌شونده ایجاد شود که هیچ‌گونه افشای اطلاعاتی انجام نمی‌شود و فقط محقق مصاحبه‌ها را به‌صورت یک‌جا ارزیابی می‌کند.

۴. یافته‌های تحقیق

در این تحقیق، به‌منظور طراحی مدل رهبری سلامت‌محور در شرکت‌های دولتی فعال در صنعت برق از روش نظریه داده‌بنیاد استفاده شد. روش داده‌بنیاد با طرح پرسش یا پرسش‌های پژوهشی شروع و با جمع‌آوری داده‌ها از راه مصاحبه عمیق و مشاهده تأملی در طول زمان شکل گرفته و با تحلیل نظام‌مند و مداوم آن ادامه می‌یابد و درنهایت، به تولید دانش منجر می‌شود و با ارائه نظریه به اثبات می‌رسد (دانایی‌فرد و همکاران، ۱۳۹۸، ص. ۹۷). نظریه داده‌بنیاد شامل سه مرحله کدگذاری باز، کدگذاری محوری و کدگذاری انتخابی است. در این تحقیق، پس از انجام مصاحبه با خبرگان، متن مصاحبه‌ها بررسی شد و پس از بررسی متن کامل مصاحبه‌ها، کدگذاری باز انجام شد. چند نمونه از متن مصاحبه‌ها و کدهای باز استخراج شده در جدول (۳) ارائه شده است.

جدول ۳. نمونه‌ای از متن مصاحبه‌ها و کدهای استخراج‌شده

متن مصاحبه ها	کد باز
رهبر نباید به سلامت کارکنان بی‌تفاوت باشد؛ برای مثال، وقتی می‌بینند غذایی که به کارکنان داده می‌شود کیفیت ندارد و برای سلامتی آن‌ها مناسب نیست، با جدیت پیگیر رفع این مسئله شود.	حساسیت به شرایط سلامت کارکنان
موقعیت‌های متعددی وجود دارد که درصورتی‌که از دیدگاه مسائل سلامت کارکنان به آن نگریسته شود، دارای مشکلات فراوان است. رهبر سازمان باید این مسائل را پیگیری کند و برای رفع آن‌ها اقدام کند.	شناخت مسائل سلامتی کارکنان در سازمان

کد باز	متن مصاحبه ها
دانش‌اندوزی درباره مباحث علمی سلامت کارکنان	یک مدیر باید درباره مسائل سلامت نیروی انسانی دانش روز داشته باشد و آگاه باشد. مانند سایر مهارت‌ها و دانش مدیریت، مدیر باید همیشه دانش خود را درباره سلامت، ارتقا دهد.
توسعه اهداف ارتقای سلامت کارکنان	رهبران سازمانی باید برای ارتقای سلامت کارکنان اهداف و معیارهایی را تعیین کنند. مبنای ارتقای سلامت کارکنان باید دست‌یابی به این اهداف باشد.
روابط با ذی‌نفعان بیرونی سلامت کارکنان	رهبران سازمانی معمولاً رابطه و تعامل مناسبی با سازمان‌های فعال در حوزه سلامت کارکنان ندارند و کمتر از دانش و تخصص آن‌ها در زمینه ارتقای سلامت کارکنان استفاده می‌کنند.
اهمیت دادن به سلامت فردی رهبر	یک رهبر باید ابتدا به سلامت فردی خود اهمیت دهد و تا حد امکان زمینه ارتقای سلامت فردی را فراهم کند.
رعایت و پایبندی به قواعد سلامت فردی	رهبر سالم باید در زمینه پایبندی به قواعد و اصول سلامت فردی، الگو و نمونه باشد و در زمینه رعایت آن‌ها پیشرو باشد.

پس از انجام کدگذاری باز، کدگذاری محوری انجام گرفت. فرایند مرتبط کردن مقوله‌ها به مقوله‌های فرعی، کدگذاری محوری نامیده می‌شود؛ زیرا کدگذاری در محور یک مقوله صورت می‌گیرد و مقوله‌ها را در سطح ویژگی‌ها و ابعاد به یکدیگر مرتبط می‌کند (دانایی‌فرد و همکاران، ۱۳۹۸، ص. ۱۰۱). به‌منظور انجام کدگذاری محوری، کدهایی که دارای اشتراک مفهومی بودند، در یک دسته قرار گرفتند. نتایج کدگذاری محوری مربوط به پدیده‌محوری (رهبری سلامت محور) در جدول (۴) آمده است.

جدول ۴. نتایج کدگذاری محوری رهبری سلامت‌محور (پدیده محوری)

کدباز	مفاهیم	مقولات
شناخت مسائل سلامتی کارکنان در سازمان، حساسیت به شرایط سلامت کارکنان؛ تأمل و چاره‌اندیشی درباره روش‌های پیشگیری از مشکلات سلامت؛ برنامه‌ریزی رفع مشکلات و کاستی‌های سلامتی کارکنان؛ دانش‌اندوزی درباره مباحث علمی سلامت کارکنان؛ کسب	آگاهی سلامت کارکنان	بعد نگرش سلامت کارکنان

کدباز	مفاهیم	مقولات
اطلاعات از تجربه و دانش دیگران درباره مسائل سلامت کارکنان و یادگیری از تجارب رهبران موفق درباره مدیریت سلامت کارکنان		
علاقه و گرایش رهبر به مسائل سلامت کارکنان؛ دغدغه رهبری برای سلامت کارکنان؛ اهمیت و اولویت دادن به مسائل سلامت کارکنان؛ پایبندی به اصول و ارزش‌های سلامت کارکنان و نگرش خاص و ویژه رهبر به سلامت کارکنان برای گرفتن تصمیمات	ارزش سلامت کارکنان	
تعادل بخشیدن به ارتقای سلامت کارکنان درمقابل اهداف سازمانی؛ توسعه اهداف ارتقای سلامت کارکنان؛ استراتژی‌ها و برنامه‌های اقدام برای بهبود سلامت کارکنان؛ تعامل مؤثر با جامعه درباره سلامت کارکنان؛ روابط با ذی‌نفعان بیرونی سلامت کارکنان و نگاه همه‌جانبه و جامع به سلامت کارکنان	رویکرد سلامت کارکنان	بعد عملی سلامت کارکنان
تشویق به سلامت کارکنان؛ گوش دادن به مسائل سلامت کارکنان؛ پرسیدن صریح احساسات و سلامت پیروان؛ بیان صریح اهمیت وضعیت سلامت پیروان؛ الگو بودن در سلامت برای کارکنان و ارتباط مثبت در مسائل سلامت کارکنان	رفتار سلامت کارکنان	
اهمیت دادن به سلامت فردی؛ دانش‌اندوزی درباره سلامت فردی؛ حساس بودن به سلامت فردی و نگرش ویژه و اولویت دادن به سلامت فردی	ارزش سلامت فردی	بعد سلامت فردی رهبر
انجام برنامه‌های سلامت فردی رهبر، رعایت و پایبندی به قواعد سلامت فردی، انجام رفتارها و فعالیت‌های فردی مبتنی بر سلامت و رفتار پیشگیرانه در سلامت فردی	پیگیری سلامت فردی	

همچنین، پس از انجام کدگذاری باز و کدگذاری محوری، راهبردهای رهبری سلامت‌محور در شرکت‌های دولتی فعال در صنعت برق شناسایی شد. نتایج کدگذاری محوری در جدول (۵) آمده است.

جدول ۵. نتایج کدگذاری محوری راهبردهای رهبری سلامت‌محور

مقولات	مفاهیم	کدباز
مدیریت کیفیت زندگی کارکنان	بهبود سبک زندگی فردی	ورزش، تغذیه و رژیم غذیی سالم، پایش سلامت و تفریح و استراحت
	بهبود سبک زندگی سازمانی	تعادل بین زندگی فردی–کاری، مدیریت استرس در محیط کار و مدیریت وظایف و مسئولیت‌ها
اقدامات شغلی	بهبود کمیت شغل	تنوع وظایف، فشار زمانی شغل، تعادل بین تقاضاهای شغلی و منابع شغلی و ارائه امکانات مورد نیاز برای انجام وظایف
	بهبود کیفیت و محتوای شغل	معناداری شغل، بازخورد شغلی، فرصت‌های توسعه کارکنان، وضوح و شفافیت شغل، یادگیری شغلی و استقلال شغلی
سبک مدیریت و رهبری	سبک رابطه‌مدار	ایجاد تعادل بین خواسته‌های کارکنان، قدردانی از کارکنان، حمایت از کارکنان، به رسمیت شناختن کارکنان و همدلی با کارکنان
	سبک پرورشی	مربی‌گری، تأکید بر خلاقیت، توانمندسازی کارکنان، تشویق و پذیرش ایده‌های جدید، پاداش، مشارکت کارکنان و الگو بودن مدیر
محیطی	بهبود محیط اجتماعی	اعتمادسازی، جو حمایتی، ایجاد هویت مشترک و انسجام و همبستگی(کار گروهی قوی)
	بهبود محیط کاری	شرایط فیزیکی (نور، صدا، دما و ...)؛ پیاده‌سازی استانداردهای محیط کاری، شناسایی و مدیریت ریسک‌های محیط کاری و تسهیم دانش و ایجاد فرصت‌های آموزشی
	بهبود محیط معنوی	عدالت و صداقت

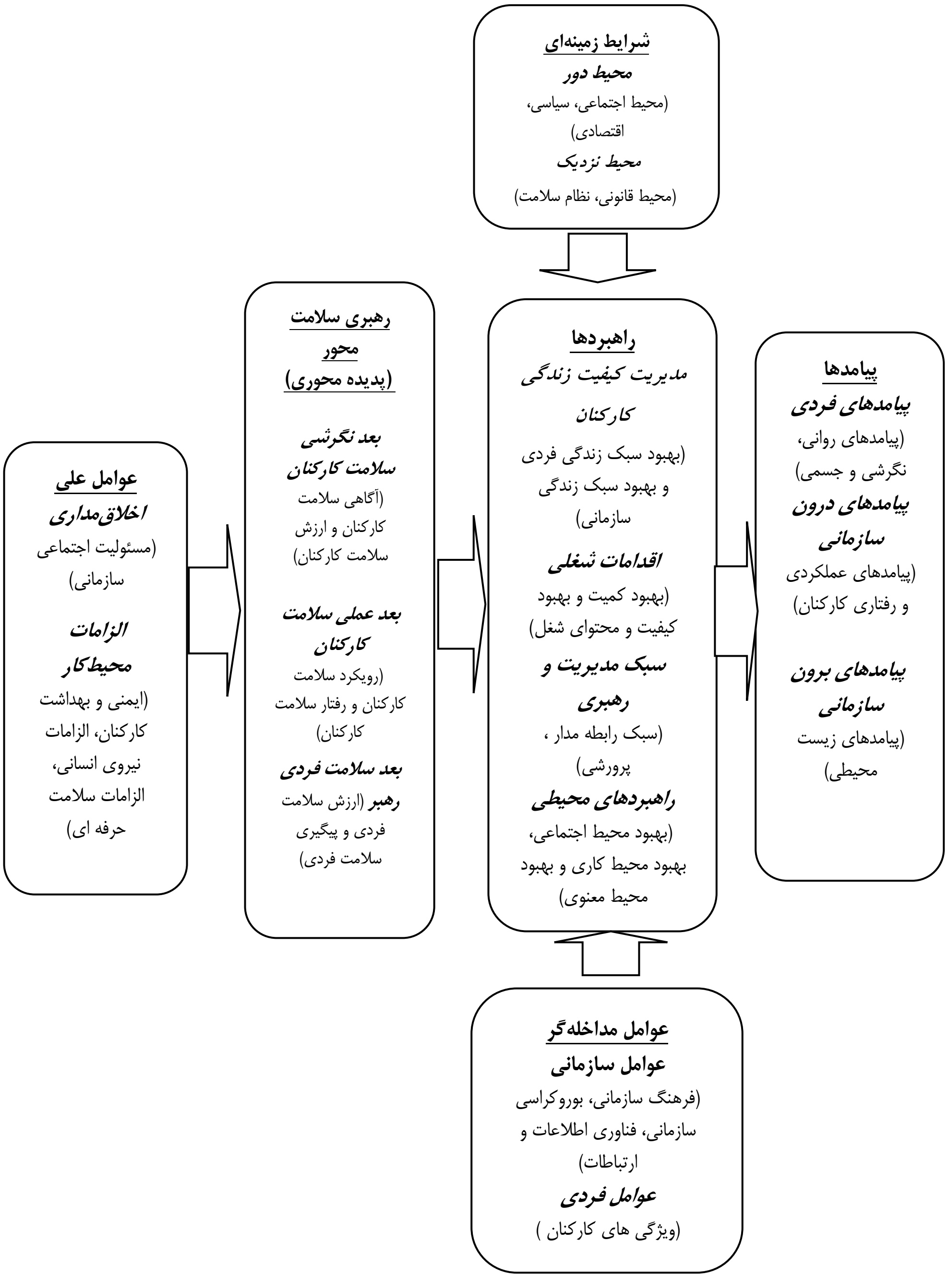
درنهایت، پس از بررسی محتوای مصاحبه با خبرگان و انجام مراحل کدگذاری باز و کدگذاری محوری، عوامل مؤثر بر رهبری سلامت‌محور و پیامدهای آن در شرکت‌های دولتی فعال در صنت برق شناسایی شد. جدول (۶) نتایج کدگذاری محوری مربوط به عوامل مؤثر و پیامدهای رهبری سلامت‌محور را نشان می‌دهد.

جدول ۶. نتایج کدگذاری محوری عوامل مؤثر و پیامدهای رهبری سلامت‌محور

ابعاد	مقولات	مفاهیم	کد باز
عوامل مداخله‌گر	سازمانی	فرهنگ سازمانی	ارزش‌ها و باورهای کارکنان، هنجارهای سازمانی، فاصله قدرت و پذیرش تغییر
		بوروکراسی سازمانی	ساختار سازمانی، قواعد زائد و دست و پاگیر، گستردگی تشکیلات سازمانی و سلسله‌مراتب سازمانی
		فناوری اطلاعات و ارتباطات	شبکه‌های اجتماعی، شبکه‌های الکترونیک سازمانی و سیستم‌های الکترونیک بین سازمانی
	فردی	ویژگی‌های کارکنان	تحصیلات کارکنان، جنسیت کارکنان، بلوغ کارکنان و سابقه کاری کارکنان
عوامل زمینه‌ای	محیط دور	محیط اجتماعی	فشارهای جامعه درباره نیروی کار، سازمان‌های مردم نهاد، فرهنگ کار در جامعه و سطح دانش عمومی جامعه
		محیط سیاسی	سیاست‌های دولت، روابط بین‌المللی، تحریم و بودجه دولت
		محیط اقتصادی	وضعیت اشتغال، تورم، شرایط رقابتی بازار و نوسانات بازار
	محیط نزدیک	محیط قانونی	قوانین حمایتی از نیروی کار، قوانین بیمه نیروی کار، قوانین حمایت از اشتغال و کسب وکار و قوانین مربوط به سلامت نیروی انسانی در محیط کار
		نظام سلامت	دسترسی به خدمات سلامت، عدالت در بخش سلامت، کیفیت خدمات سلامت و سیاست‌گذاری سلامت
عوامل علی	اخلاق‌مداری	مسئولیت اجتماعی سازمانی	حقوق بشر، اخلاق حرفه‌ای، انسانیت، نوع‌دوستی و حساسیت‌های اجتماعی
	الزامات محیط‌کار	ایمنی و بهداشت کارکنان	حوادث کاری، آسیب‌های شغلی، خطرات محیط کار، اختلالات ذهنی و روانی و مسائل بهداشتی
		الزامات نیروی انسانی	دانشی شدن کارکنان، خواسته‌ها و انتظارات کارکنان، آگاهی کارکنان و ارزش سرمایه انسانی
		الزامات سلامت حرفه‌ای	هزینه‌های بالای سلامت، قوانین سخت‌گیرانه سلامت حرفه‌ای، توسعه دانش سلامت حرفه‌ای، توسعه انجمن‌ها و نهادهای سلامت حرفه‌ای و سلامت اداری

پیامدها	پیامدهای فردی	پیامدهای روانی	کاهش استرس، سلامت روان، خلق و خوی مثبت و کاهش افسردگی
		پیامدهای نگرشی	رضایت شغلی، تعهد قوی‌تر، وفاداری، شادی کارکنان و نگرش مثبت
		پیامدهای جسمی	نیروی کار سالم‌تر، کاهش فرسودگی شغلی، کاهش خستگی، قدرت جسمی و کاهش آسیب‌های فیزیکی
	پیامدهای درون‌سازمانی	پیامدهای عملکردی کارکنان	کاهش هزینه‌های مربوط به بیماری کارکنان، افزایش بهره‌وری، نوآوری، تاب‌آوری، ظرفیت سازمانی و کیفیت عملکرد
		پیامدهای رفتاری کارکنان	کاهش غیبت کارکنان، ایمنی کارکنان، کاهش مرخصی استعلاجی، کاهش ترک خدمت کارکنان، کاهش شکایت سلامت و کاهش تعارضات
	پیامدهای برون‌سازمانی	پیامدهای زیست‌محیطی	تغییر باورهای سنتی در مصرف انرژی و ایجاد فرهنگ سبز در کارکردهای سازمانی و اجتماعی

درنهایت، پس از انجام مراحل کدگذاری باز و کدگذاری محوری، مرحله کدگذاری انتخابی (گزینشی) انجام شد. کدگذاری گزینشی برای یکپارچه‌سازی و پالایش نظریه‌ها است. اولین گام در یکپارچه‌سازی، تعیین مقوله مرکزی است که نمایان‌گر مضمون اصلی پژوهش است. کدگذاری گزینشی، مهم‌ترین مرحله نظریه‌پردازی است که محقق در آن، مقوله‌های اصلی را با مقوله‌های دیگر ارتباط می‌دهد، ارتباط آن‌ها را اثبات می‌کند و مقوله‌هایی را اصلاح می‌کند که به بهبود و بازنگری نیاز دارند (دانایی فرد و امامی، ۱۳۸۶). پس از انجام کدگذاری گزینشی، ارائه مدل پارادایمی رهبری سلامت‌محور شرکت‌های دولتی فعال در صنت برق در شکل (۱) و نظرخواهی از خبرگان با استفاده از پنل دلفی در زمینه رهبری سلامت‌محور مبتنی بر نقاط مرجع استراتژیک، چارچوب تحقیق استخراج شد که در شکل (۲) قابل ملاحظه است.



شکل ۱. مدل پارادایمی رهبری سلامت‌محور



شکل ۲. چهارچوب راهبردی رهبری سلامت‌محور مبتنی بر نظریه نقاط مرجع استراتژیک

بدین ترتیب برطبق یافته‌های پژوهش حاضر، شش دسته عوامل برمبنای الگوی پارادایمی استراوس و کوربین (۱۹۹۸) شامل عوامل علی، رهبری سالم (پدیده‌محوری)، عوامل زمینه‌ای، عوامل مداخله‌گر، راهبردها و پیامدها شناسایی شد. راهبردهای شناسایی‌شده در چهار گروه شامل مدیریت کیفیت زندگی کارکنان؛ اقدامات شغلی؛ سبک مدیریت و رهبری و راهبردهای محیطی دسته‌بندی شدند. راهبردهای شناسایی‌شده مؤید این نکته است که سلامت کارکنان و رهبران، به‌دست‌آمده از مجموعه‌ای از شرایط مربوط به محیط کاری، شغل، سبک مدیریت و کیفیت زندگی است و رهبران بایستی این موارد را برای ارتقای سطح سلامت در سازمان، به‌صورت توأمان مدنظر قرار دهند. با توجه به مصاحبه‌های انجام شده با خبرگان با استفاده از پنل دلفی و تحلیل محتوای کیفی در «چارچوب راهبردی رهبری سلامت‌محور از زوایه نقاط مرجع استراتژیک»، جای‌گذاری شد. . چارچوب راهبردی نهایی تحقیق با شناسایی کدهای اولیه، مفاهیم، مقولات و ابعاد اصلی شناسایی‌شده، براساس دو نقطه مرجع استراتژیک شامل

«کانون توجه به پیرو به داخل وخارج» و «کانون توجه به سازمان به داخل وخارج» طراحی و تدوین شد.

۵. نتیجه‌گیری و پیشنهادها

به‌دلیل محدودیت منابع دولت و شرایط حاکم بر سازمان‌های دولتی، دیگر جایی برای مدیریت سنتی که با نگاه کوتاه مدت، نتیجه‌ای جز اتلاف و بهره نگرفتن بهینه از منابع نداشته است، وجود ندارد. با توجه به تغییر و تحولات محیطی، در شرکت‌های دولتی باید از مدیریت سازمانی به‌سمت رهبری سازمانی حرکت کرد. در شرکت‌های دولتی، کلیدی‌ترین و حساس‌ترین نقش‌ها را مدیران (رهبران) برعهده دارند. حال اگر مدیران شرکت‌های دولتی بتوانند شرایطی فراهم آورند که نیروهای بالقوه کارکنان را بالفعل کنند، بی‌شک عملکرد این سازمان‌ها بهبود خواهد یافت. مسئله مدیریت و به‌ویژه هدایت و رهبری، موضوعی است که همواره در زندگی اجتماعی انسان و حتی پیش از آن مطرح بوده است. تحولات کنونی پیرامون رهبری مدیریتی، توسل به مدل‌ها و مهارت‌های جدید را الزامی ساخته است؛ اما برای حرکت در جهت رهبری سازمانی در مدیریت شرکت‌های دولتی، نیاز به الگوهایی است که بتوانند به مدیران دیدگاهی جامع‌نگر و سیستمی ارائه دهند که ضمن تحقق اهداف سازمانی، زمینه برای ارتقای سلامت نیروی انسانی و حتی خود رهبران نیز فراهم شود.

در این تحقیق، با استفاده از روش‌های نظریه داده‌بنیاد و تحلیل محتوای کیفی کوشش شد تا برمبنای نظریه رهبری سلامت‌محور، به عنوان یکی از رویکردهای نوین در زمینه رهبری، چارچوبی توسعه یابد تا ضمن ارتقای سلامت کارکنان و در پی آن، رهبران سازمانی، زمینه برای بهبود عملکرد و دست‌یابی به اهداف سازمانی فراهم شود. پدیده‌محوری در مدل طراحی‌شده، رهبری سلامت‌محور است. براساس یافته‌های تحقیق، رهبری سلامت‌محور از سه بعد نگرشی و عملی سلامت کارکنان و سلامت فردی رهبر تشکیل شده است. به‌عبارتی، می‌توان رهبری

سلامت محور را «مجموعه ای از نگرش‌ها و رویکردها و همچنین اقدامات عملی که باعث ارتقای سطح سلامت کارکنان و رهبران در محیط‌های کاری و سازمانی می‌شود» تعریف کرد. بر این اساس، رهبری سلامت‌محور، نه‌تنها سلامت پیروان، بلکه سلامت شخص رهبر را نیز مد نظر قرار می‌دهد. همچنین، افزون بر توجه به نگرش و دغدغه‌های رهبران در زمینه سلامت، شامل اقدامات عملی و اجرایی نیز می‌شود.

در مفهوم‌سازی رادولف و همکاران (۲۰۲۰) نیز مانند تحقیق حاضر بر توجه توأمان به نگرش و رفتار عملی پیروان در رهبری سلامت‌محور تأکیده شده است، اما یائو و همکاران (۲۰۲۱) و جیمنز و همکاران (۲۰۱۷)، بیشتر بر جنبه‌های رفتاری رهبری سلامت‌محور تأکید داشته‌اند؛ همچنین، در مفهوم‌سازی‌های محققان گذشته از رهبری سلامت‌محور، سلامت فردی رهبری کمتر مد نظر بوده که در این تحقیق به‌عنوان یکی از سه بعد رهبری سلامت‌محور مد نظر قرار گرفته است.

افزون بر آن، در این تحقیق، هم‌راستایی راهبردهای رهبری سلامت‌محور، براساس نظریه نقاط مرجع در شرکت‌های دولتی فعال در صنعت برق شناسایی شد. راهبردهای شناسایی‌شده در چهار گروه مدیریت کیفیت زندگی کارکنان، اقدامات شغلی، سبک مدیریت و رهبری و راهبردهای محیط کاری–اخلاقی دسته‌بندی شد. راهبردهای شناسایی‌شده، مؤید این نکته است که سلامت کارکنان و رهبران ماحصل مجموعه‌ای از شرایط مربوط به محیط کاری، شغل، اخلاق، سبک مدیریت و کیفیت زندگی است و رهبران سلامت‌محور بایستی این موارد را برای ارتقای سطح سلامت و رفتار در سازمان به صورت توأمان مد نظر قرار دهند. راهبرد مدیریت کیفیت زندگی کارکنان بر این مسئله تأکید دارد که رهبران سلامت‌محور بایستی سبک زندگی فردی و سازمانی کارکنان را در جهت ارتقای سلامت آن‌ها تغییر دهند؛ برای مثال کارکنان را به ورزش تشویق کنند (سبک زندگی فردی) یا زمینه کاهش استرس در محیط کار را فراهم کنند (سبک زندگی سازمانی). ارتقای سبک زندگی فردی، به‌طور ویژه در تحقیق لارسون (۲۰۱۵) و سبک

زندگی سازمانی ازسوی محققانی مانند ریگوتی و همکاران (۲۰۱۴)، بوهم و همکاران (۲۰۱۶)، بودیل و همکاران (۲۰۱۷) مدنظر قرار گرفته است که یافته‌های آن‌ها در این تحقیق تأیید شد.

راهبرد اقدامات شغلی بر بهبود کمیت و محتوای مشاغل درراستای بهبود سلامت کارکنان تأکید دارد. جیمنز و همکاران (۲۰۱۵) نیز به اهمیت حجم کار و کنترل در مشاغل اشاره کرده‌اند. معناداری شغل و بازخورد در تحقیق گلیزر و همکاران (۲۰۱۵) و اسکاکون و همکاران (۲۰۱۰) و استقلال شغلی در پژوهش برگنزر و همکاران (۲۰۱۹) در طراحی مشاغل مد نظر بوده است که در الگوی تحقیق حاضر گنجانده شده است. راهبرد سبک مدیریت نیز بر شیوه هدایت و ایجاد روابط بین مدیریت و کارکنان تأکید دارد. براساس یافته‌های تحقیق حاضر، رهبران سلامت‌محور باید از سبک رابطه‌مدار و پرورشی در مدیریت بهره گیرند. در تحقیق فورونز و همکاران (۲۰۱۸) نیز بر استفاده از مدیریت مشارکتی، توانمندسازی کارکنان و ایجاد روابط اجتماعی مثبت ازسوی رهبران سلامت‌محور تأکید شده که با نتایج تحقیق حاضر هم‌راستا است.

همچنین، جیمنز و همکاران (۲۰۱۷) بر توسعه و حفظ رابطه رهبران سلامت‌محور با کارکنان تأکید کرده‌اند. در نهایت، راهبردهای محیط کاری-اخلاقی بر بهبود محیط اخلاق اجتماعی، کاری و معنوی تأکید دارد. عناصر چارچوب راهبردی رهبری سلامت‌محور در شرکت‌های دولتی فعال در صنعت برق براساس دو نقطه مرجع استراتژیک؛ یعنی «کانون توجه به پیرو به داخل وخارج» و «کانون توجه به سازمان به داخل وخارج» نشان داده شده است که در شکل (۱) طبقه‌بندی گردید، به‌طوری‌که اقدامات مدیریت کیفیت زندگی کارکنان با رهبری مبتنی بر روابط داخلی، اقدامات شغلی با رهبری عقلایی، سبک مدیریت و رهبری با رهبری مبتنی بر روابط انسانی و راهبردهای محیطی با رهبری باز هم‌راستا است.

راهبرد رهبری باز، مستلزم طراحی فرایندهای مبتنی بر انعطاف‌پذیری (توانایی تطبیق با تغییرات و شرایط محیط بیرونی) است که بر توانایی سازمان در تطبیق و شرایط محیط بیرونی تأکید می‌کند و درنتیجه موجب رشد سازمانی، کسب منابع بیرونی و توسعه نیروی انسانی و ...

می‌شود. عامل راهبردهای محیط کاری–اخلاقی (بهبود محیط اخلاق اجتماعی، بهبود محیط کاری و بهبود محیط اخلاق معنوی و شناسایی ریسک‌ها و فرصت‌ها و تسهیم دانش و ایجاد فرصت‌های آموزشی ...)، الگوی رهبری باز را در مدل نظریه نقاط مرجع رهبری سلامت‌محور تشکیل می‌دهد و به‌صورت کلی تأکید آن به ساختار انعطاف‌پذیر و تمرکز بر محیط خارجی سازمان است.

در راهبرد رهبری مبتنی بر روابط انسانی، فرایندهای مبتنی بر نیروی کار منسجم (اعتقاد، احترام به کارکنان و فعالیت هماهنگ کارکنان با یکدیگر – فعالیت تیمی و مشارکتی – و نیروی انسانی متخصص برای انجام درست کارها، با مهارت و تخصص لازم است. عامل سبک مدیریت و رهبری (سبک رابطه‌مدار و پرورشی، مدیریت تغییر، خلاقیت، نوآوری، کار تیمی، همدلی، حمایت و ...) الگوی رهبری مبتنی بر روابط انسانی را در مدل نظریه نقاط مرجع رهبری سلامت‌محور تشکیل می‌دهد و به‌صورت کلی تأکید بر انعطاف‌پذیری و تمرکز بر محیط خارجی سازمان دارد.

در راهبرد رهبری مبنی بر فرایند داخلی، فرایندها مبتنی بر تعامل سازمانی (کانال‌های ارتباطی، تسهیل آگاهی افراد به کار خود) و ثبات سازمانی برای بهبود کیفیت زندگی فردی و سازمانی کارکنان است. عامل مدیریت کیفیت زندگی کارکنان (بهبود سبک زندگی فردی و بهبود سبک زندگی سازمانی، مدیریت وظایف و مسئولیت‌ها، مدیریت استرس در محیط کار و ...) الگوی رهبری مبنی بر فرایند داخلی را در مدل نظریه نقاط مرجع رهبری سلامت محور تشکیل می‌دهد و به‌صورت کلی تأکید برساختار کنترل‌شده دارد و به تمرکز بر محیط داخلی سازمان توجه می‌کند.

در راهبرد رهبری عقلایی، فرایندها مبتنی بر برنامه‌ریزی و بهره‌وری و کارایی برای بهبود کمیت و بهبود کیفیت و محتوای شغل است. عامل با اقدامات شغلی (بهبود کمیت و بهبود کیفیت و محتوای شغل و تعادل بین تقاضاهای شغلی و منابع شغلی و فرصت‌های توسعه و یادگیری کارکنان و...) الگوی رهبری عقلایی را در مدل نظریه نقاط مرجع رهبری سلامت‌محور تشکیل

می‌دهد و به‌صورت کلی تأکید بر ساختار کنترل داشته و به تمرکز بر محیط خارجی سازمان توجه دارد.

درمجموع، تعدادی از راهبردهای رهبری سلامت‌محور در تحقیقات گذشته به‌صورت موردی مطرح شده‌اند ولی در تحقیق حاضر ضمن گردآوری آن‌ها در یک الگوی ساختاریافته، بسیاری از راهبردهایی که در دیگر تحقیقات مطرح نشده‌اند، در الگوی تحقیق شناسایی و مطرح شده‌اند. یافته‌های لیو و همکاران (۲۰۲۲) بر نتایج فردی رهبری سلامت‌محور در سطح فردی در زمینه سلامت کارکنان تأکید دارد که یافته‌های تحقیق حاضر نیز با آن هم‌راستا است. همچنین، برگنزر و همکاران (۲۰۲۰) رضایت شغلی و ماریا و همکاران (۲۰۱۸) بر کاهش فرسودگی شغلی، افسردگی و شکایات جسمی دراثر اقدامات رهبری سلامت‌محور تأکید کرده‌اند که تأییدکننده نتیجه تحقیق حاضر است. تحقیقات گذشته، بیشتر بر پیامدهای فردی رهبری سلامت‌محور تمرکز داشته‌اند، ولی در تحقیق حاضر پیامدهای داخل سازمانی و برون‌سازمان مد نظر قرار گرفته است. درمجموع نتایج تحقیق نشان داد که رهبری سلامت‌محور در شرکت‌های دولتی پدیده‌ای چندوجهی است که بهره‌گیری از آن می‌تواند نتایج مثبت و ارزشمندی ایجاد کند. پیشنهاد می‌شود در تحقیقات آینده مدل رهبری سلامت‌محور، برای سازمان‌های دولتی، شرکت‌های خصوصی و سازمان‌های غیرانتفاعی طراحی شود و با الگوی تحقیق حاضر مقایسه شود. همچنین، پیشنهاد می‌شود سایر محققان، موانع پیاده‌سازی رهبری سلامت‌محور را بررسی کنند. مهم‌ترین محدودیت تحقیق این است که الگوی طراحی‌شده مربوط به شرکت‌های دولتی است و قابل تعمیم به سایر سازمان‌ها نیست.

کتابنامه

۱. ابطحی، س. ح.، اعرابی، س. م.، جعفری‌نیا، ش.، و نجاری، ر. (۱۳۹۴). *بررسی موردی استراتژی منابع انسانی*. تهران: فوژان.

۲. بامبرگر، پ.، و مشولم، ا. (۱۳۹۴). *تدوین، اجرا، و آثار استراتژی منابع انسانی* (چاپ پنجم) (ع. پارسائیان، و س. م. اعرابی، مترجمان). تهران: دفتر پژوهش‌های فرهنگی.

۳. تبریزی، م. (۲۰۱۴). تحلیل محتوای کیفی از منظر رویکردهای قیاسی و استقرایی. *فصلنامه علوم اجتماعی، ۲۱*(۶۴)، ۱۰۵-۱۳۸.

٤. چمنی‌فرد، ر.، و نیک‌پور، ا. (۱۳۹۸)، *سبک‌های رهبری نوین در سازمان* . تهران: انتشارات سازمان جهاد دانشگاهی.

٥. حسین پور، د.، الوانی، س. م.، و قزل، ع. ر. (۱۳۹۳). انتخاب استراتژی مناسب ارزیابی عملکرد کارکنان با استفاده از نظریه نقاط مرجع استراتژیک (مورد مطالعه: شرکت طراحی مهندسی و تامین قطعات ایران خودرو). *فصلنامه* چشم*انداز مدیریت دولتی، ۱۷*، ۱۳۷-۱۵۹.

۶. حسینی، م. ح. (۱۳۹۱). *بررسی هماهنگی بین استراتژی های سیستم بازاریابی بین الملل با نقا ط مرجع استراتژیک بازاریابی بین الملل وتاثیرآن بر عملکرد صادراتی (شرکت های موا غذایی فعال در بورس)* (پایان‌نامه کارشناسی‌ارشد منتشرنشده). دانشگاه پیام نور، تهران.

۷. خلج‌آبادی فراهانی، ف.، و حیدری، ج. (۲۰۱۳). بررسی کیفی مشارکت مردان متأهل در تنظیم خانواده در شهرستان زنجان. *فصلنامه پژوهش* حکیم، *۱۶*(۱)، ۵۰-۵۷.

۸. دانایی‌فرد، ح.، الوانی، م.، و آذر، ع. (۱۳۹۸). *روش‌شناسی پژوهش کیفی در مدیریت: رویکردی جامع* (چاپ ششم). تهران: انتشارات صفار.

۹. رحمتی، ا.، خیاطزاده، ج.، خسروی، ا.، و حسین‌زاده، ب. (۱۳۹۳). *ساز و کار فعالیت در بازار عمده فروشی برق ایران*. تهران: پیک نور.

۱۰. رشیدی، م. (۱۳۹۸). مطالعه و تحلیل تأثیر رهبری ارتقادهنده سلامت بر قصد ماندن کارکنان. *مشاوره شغلی و سازمانی، ۱۱*(۴۱)، ۱۰۹-۱۳۴.

۱۱. زمانی، ع. ر.، و چناری، ع. ر. (۱۳۹۸). بررسی رابطه سبک رهبری با تعهد سازمانی و جوّ سازمانی سازمان امور مالیاتی کشور. پژو*هشنامه مالیات*، (۴۳)، ۱۱۹-۱۴۲.

۱۲. سعادتی، ا. ر.، صیادی، س.، و آهنگری، ش. (۱۳۹۲). بررسی رابطه بین انواع سبک‌های رهبری با میزان تفکر استراتژیک در مدیران سازمانهای دولتی شهر کرمان. *مدیریت بهره‌وری، ۷*(۲۶)، ۶۹-۹۱.

۱۳. شعرباف علیایی، ل.، همتیان، ه.، و دانایی، ا. (۱۳۹۹). انگیزش کارکنان به‌عنوان راهبردی برای ارتقای تاب‌آوری سازمانی (مورد مطالعه: شرکت برق منطقه‌ای خراسان). فصلنامه *علوم اجتماعی دانشگاه فردوسی مشهد*، *۱۷* (۲)، ۳۲۵-۳۶۲.

۱۴. شکاری، غ. ع.، علیایی، ل.، خیرخواه، م.، و هاشم‌زهی، ر. (۱۳۹۵). عوامل مؤثر بر بی تفاوتی سازمانی (مطالعه موردی **:**شرکت برق منطقه ای خراسان). *فصلنامه رسالت مدیریت دولتی*، *۷*(۲۲)، ۷۱-۸۱.

۱۵. صادقی مقدم، م. ر. (۱۳۹۱). *طراحی و تبیین الگوی هماهنگی زنجیره تأمین در سطح شبکه خودروسازی (مطالعه موردی: ایران خودرو)* (رساله دکتری رشته مدیریت تولید و عملیات). دانشگاه تهران، ایران.

۱٦. صفری، ع.، و بهرامی کیا، ق. (۱۳۹۴). *شناسایی استراتژی منابع انسانی با استفاده از نظریه نقاط مرجع استراتژیک (مطالعه موردی: شرکت‌های پیمانکاری خدماتی، شرکت پالایش گاز پارسیان).* مقاله ارائه شده در کنفرانس بین المللی پژوهش‌های نوین در مدیریت و مهندسی صنایع، تهران، شرکت مدیران ایده پردازان پایتخت ایلیا.

۱۷. قاسمی، ح. (۱۴۰۰). *مرجع پژوهش* (ویرایش نوزدهم). تهران: مرکز تحصیلات تکمیلی دانشگاه پیام نور.

۱۸. قلی‌پور، آ.، و ابراهیمی، ا. (۱۳۹۵). مدیریت ریسک منابع انسانی: رویکرد آمیخته. *پژوهش‌های مدیریت عمومی*، *۹*(۳۲)، ۷۳-۹۶.

۱۹. محقر، ع.، و صادقی‌مقدم، م. ر. (۱۳۹۰). هماهنگی زنجیره تأمین در صنعت خودرو: رویکرد نظریه برخاسته از داده‌ها. *فصلنامه چشم‌انداز مدیریت صنعتی*، *۴* (۱)، ۲۹-۶۳.

۲۰. محمدبیگی، ز.، الوانی، م.، حسن پور، ا.، و یوسفی، ر. (۱۳۹۸). شناسایی شایستگی‌های رهبریِ استراتژیک با رویکرد رضایت ذینفعان سازمان در صنعت حمل و نقل هوایی ایران. *فصلنامه مدیریت نوآوری در سازمان‌های دفاعی*، *۲* (۶)، ۷۹-۱۰۸.

۲۱. مرادی، م.، زندی، ر.، و قطوینه، س. (۱۳۹۹). تأثیر سبک رهبری تحولگرا و سیستم کنترل مدیریت در عملکرد مدیریتی شرکت های تعاونی و خصوصی فعال در شهرستان ملایر. *تعاون و کشاورزی*، ۹(۳۳)، ۱۵-۵۹.

۲۲. هانگر، د. (۱۳۹۶). *مبانی مدیریت استراتژیک* (س. م. اعرابی، و ایزدی، د. مترجمان). تهران: دفتر پژوهش‌های فرهنگی.

23. Akerjordet, K., Furunes, T., & Haver, A. (2018). Health-promoting leadership: An integrative review and future research agenda. *Journal of Advanced Nursing*, *74*(7), 1505-1516.
24. Ali Karam, A., & Kitana, A. F. (2020). An exploratory study to identify the impact of leadership styles on achieving institutional excellence in the public sector: United Arab Emirates. *International Journal of Business and Management*, *15*(6), 16-30.
25. Barrett, L., Plotnikoff, R. C., & Raine, K. (2005). Development of measures of organizational leadership for health promotion. *Health Education & Behavior*, *32*(2), 195-207.
26. Berthon, P., Ewing, M., & Hah, L. (2015). Captivating company: Dimensions of attractiveness in employer branding. *International Journal of Advertising*, *24*(2), 151-172.
27. Bodil, J., Hedlund, L. M. & Vinberg, S. (2017). How managers of small-scale enterprises can create a health promoting corporate culture. *International Journal of Workplace Health Management*, *10*(3), 1-44.
28. Boehm, S. A., Baumgartner, M. A. & Kreissner, L. M. (2016). The relationship between leadership and health: A comparison of general and health-focused leadership approaches. In *Healthy at work* (pp. 87-102). Cham: Springer.
29. Bregenzer, A., Felfe, J., Bergner, S., & Jiménez, P. (2019). How followers' emotional stability and cultural value orientations moderate the impact of health-promoting leadership and abusive supervision on health-related resources Anita. *German Journal of Human Resource Management*, *33*(1), 1-30.
30. Dellve, L., & Eriksson, A. (2017). Health-promoting managerial work: A theoretical framework for a leadership program that supports knowledge and capability to craft sustainable work practices in daily practice and during organizational change. *Societies*, *7*(12), 1-18.
31. Dunkl, A., Jiménez, P., Žižek, S. S., Milfelner, B., & Kallus, W. K. (2015). Similarities and differences of health-promoting leadership and transformational leadership. *Naše gospodarstvo/Our economy*, *61*(4), 3-13.
32. Eriksson, A., Axelsson, R., & Axelsson, S. B. (2011). Health promoting leadership: Different views of the concept. *Work*, *40*, 75–84.
33. Franke, F., & Felfe, J. (2011). Diagnose Gesundheitsfo¨rderlicher Fu¨hrung - Das instrument health-oriented leadership. In B. Badura, A. Ducki, H. Schro¨der, J. Klose, & K. Macco. (Eds), *Felhlzeiten-Report* (pp. 3-13). Heidelberg: Springer.

34. Furunes, T., Kaltveit, A., & Akerjordet, K. (2018). Health-promoting leadership: A qualitative study from experienced nurses' perspective. *Journal of Clinical Nursing*, *27*(23-24), 4290-4301.
35. Glaser, J., Seubert, C., Hornung, S., & Herbig, B. (2015). The impact of learning demands, work- related resources, and job stressors on creative performance and health. *Journal of Personnel Psychology*, *14*(1), 37–48.
36. Gron, C. H., Bro, L. L., & Andersen, L. B. (2020). Public managers' leadership identity: Concept, causes, and consequences. *Public Management Review*, *22*(11), 1696-1716.
37. Jiménez, O., Winkler, B., & Dunkl, A. (2016). Creating a healthy working environment with leadership: The concept of health-promoting leadership. *The International Journal of Human Resource Management*, *28*(17), 2430–2448.
38. Jiménez, P., Winkler, B., & Bregenzer, A. (2017). Developing sustainable workplaces with leadership. Feedback about organizational working conditions to support leaders in health-promoting behavior. *Sustainability*, *9*(11), 1944.
39. Kaluza, A. J., Weber, F., van Dick, R., & Junker,N. M. (2021). When and how health-oriented leadership relates to employee well-being—Therole of expectations, self-care, and LMX. *Journal of Applied Sociology Psychology*, *51*(4), 404-424.
40. Klug, K., Felfe, J., & Krick, A. (2022). Does self-care make you a better leader? A multisource study linking leader self-care to health-oriented leadership, employee self-care, and health. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *19*, 6733.
41. Kuoppala, J., Lamminpa¨a¨, A., Liira, J., & Vainio, H. (2008). Leadership, job well-being, and health effects: A systematic review and a meta-analysis. *Journal of Occupational & Environmental Medicine*, *50*(8), 904-915.
42. Larsson, R. (2015). *Managing workplace health promotion in municipal organizations*. Västerås: Mälardalen University,.
43. Laurel, C. B. S., Molly, E. B. S., Kim, K. P. Y., BA, M. A., Adler, Amy B. AB, MA, Health-promoting leadership during an infectious disease outbreak. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, *209*(5), 362-369 .
44. Liu, L., Zhang, C., & Fang, C.-C. (2022). Effects of health-promoting leadership, employee health on employee engagement: employability as moderating variable. *International Journal of Workplace Health Management*, *15*(1), 1-18.
45. Maria, A. S., Wolter, S., Gusy, B., Kleiber, D. & Renneberg, B. (2018). The impact of health-oriented leadership on police officers'physical health, burnout, depression and well-being. *Policing*, *13*(2), 186-200.
46. Mihai, L., Schiopoiu, A., & Mihai, M. (2017). Comparison of the leadership style practiced by Romanian and Dutch SME. *International Journal of Organizational Leadership*, *6*, 4-16.
47. Montano, D., Reeske, A., Franke, F., & Hu¨ffmeier, J. (2017). Leadership, followers' mental health and job performance in organizations: A comprehensive meta- analysis

from an occupational health perspective. *Journal of Organizational Behavior*, *38*(3), 327–350.

48. Nielsen, K., & Noblet, A. J. (2018). *Organizational interventions for health and well-being: A handbook for evidence-based practice*. London: Routledge.
49. Nielsen, K., & Randall, R. (2012). Opening the black box: Presenting a model for evaluating organizational-level interventions. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, *22*(5), 601-617.
50. Nielsen, K., Yarker, J., Brenner, S., Randall, R., & Borg, V. (2008). The importance of transformational leadership style for the well-being of employees working with older people. *Journal of Advanced Nursing*, *63*(5), 465-475.
51. Rigotti, T., Holstad, T. J., Mohr, G., Stempel, C. R., Hansen, E. N., Loeb, C., …, & Perko, K. (2014). *Rewarding and sustainable health-promoting leadership; Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA): Dortmund/Berlin/Dresden*. Germany.
52. Shan, G., Wang, W., Wang, S., Zhang, Y., & Li, Y. (2022). Cross-level effects of health-promoting leadership on nurse presenteeism: The mediation and moderation effect of workload and performance pressure. *Current Psychology*, *42*, 12322-12334.
53. Silong, A., Idris, K., Almaki, S., & Wahat, N. (2016). Understanding of the meaning of leadership from the perspective of Muslim women academic leaders. *Journal of Educational and Social Research*, *6*(2), 225-236.
54. Skakon, J., Nielsen, K., Borg, V., & Guzman, J. (2010). ‘Are Leaders’ well-being, behaviours and style associated with the affective well-being of their employees? A systematic review of three decades of research. *Work & Stress, 24*(2), 107–139.
55. Skarholt, K., Blix, E. H., Sandsund, M. & Andersen, T. K. (2016). Health promoting leadership practices in four Norwegian industries. *Health Promotion International, 31*, 936–945.
56. Spiess, E., & Stadler, P. (2016). Four-level model of health-promoting leadership. In M. Wiencke et al. (Eds.), *Healthy at Work* (pp. 17-28). Cham: Springer International Publishing Switzerlan.
57. Strauss, A., & Corbin, J. (1998). *Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory* (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
58. Yamak, O. (2018). Leadership styles of hotel managers in Northern Cyprus: Which style is dominant? International Journal of Organizational Leadership, 7, 1-11.
59. Yao, L., Li, P. & Wildy, H. (2021). Health-promoting leadership: Concept, measurement, and research framework. *Frontiers in Psychology*, *12*, 1-13.